

**APÊNDICE I - PLANO DE TRABALHO E VALOR DA CONTRAPARTIDA Nº 000/20**

Instituição de Ensino											
Unidade Gestora											
ProcessoSEI										Exercício:	
Curso/ Programa	Nível (1)	Unidade	Setor	Data		Dias da Semana	Período M/T/N	Nº de estagiários residentes por grupo	Carga Horária Individual Total	Carga Horária Total por Grupo	Valor total da contrapartida
				Início	Fim						
TOTAL								0		0	

(1) A – AUXILIAR - R\$ 1,00/ T – TÉCNICO - R\$ 1,00/ G – GRADUAÇÃO EM SAÚDE - R\$ 2,50/ GRADUAÇÃO EM MEDICINA - R\$ 5,00/ P – PÓS GRADUAÇÃO - R\$ 5,00/ R - RESIDÊNCIA - R\$ 5,00

Assinaturas e carimbo											Data
Instituição de Ensino											
Titular Unidade Gestora											
Comitê Gestor Municipal											

APÊNDICE II - DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES Nº 000/20\_

Instituição de Ensino					
Unidade Gestora					
ProcessoSEI					Exercício
Curso/ Programa	Nível*	Unidade	Setor	Disciplina	Descrição das Atividades

\* A – AUXILIAR / T – TÉCNICO / G – GRADUAÇÃO / P – PÓS GRADUAÇÃO / R - RESIDÊNCIA

Assinaturas e carimbo	Data
Instituição de Ensino	
Titular Unidade Gestora	

APÊNDICE III - PLANO GERAL DE CONTRAPARTIDA Nº 000/20\_\_

Instituição de Ensino					
Unidade Gestora					
Processo SEI					
Cursos					
Número de alunos atendidos					
Descrição do item	Quantidade	Justificativa	Valor Unitário	Valor Contrapartida	Loca de Entrega
				R\$ -	
				R\$ -	
				R\$ -	
				R\$ -	
				R\$ -	
				R\$ -	
<b>TOTAL</b>	0			R\$ -	

APÊNDICE IV

PLANO DE CONTRAPARTIDA DE CURSOS

Instituição de Ensino:

Unidade Gestora:

Processo Sei:

Exercício:

1. Contrapartida destinada a \_\_\_\_\_

2. Justificativa
3. Objetivos Gerais
4. Objetivos Específicos
5. Descrição
6. Ações a serem desenvolvidas
7. Profissionais envolvidos

Nome	Função	Formação	Instituição Vinculada

8. Público Destinado

Categoria	Nível	Formação	Número

9. Competências/Atribuições da Cooperante

10. Competências/Atribuições da Cooperada

11. Cronograma

Data	Ação

12. Resultados Esperados

13. Monitoramento e Avaliação

14. Assinatura dos Responsáveis

\_\_\_\_\_  
Instituição de Ensino

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Titular da Unidade Gestora

\_\_\_\_\_  
Comitê Gestor Municipal

## Secretária Municipal da Saúde

### APÊNDICE V

TERMO DE ADITAMENTO Nº \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino

Unidade Gestora

Processo SEI

Exercício 20\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fica aditado ao Processo SEI nº \_\_\_\_\_, da Instituição de Ensino \_\_\_\_\_, sendo juntados a este termo de aditamento os **Apêndices I, II e III** devidamente retificados, conforme segue:

Descrição	Pactuado	Curso/programa de residência	Nova pactuação	Curso/programa de residência
Nº de Alunos				
Unidade				
Período				

\_\_\_\_\_  
Instituição de Ensino

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Titular da Unidade Gestora

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal da Saúde

**APÊNDICE VI**  
**CARTA DE DOAÇÃO**

**A Unidade Gestora** \_\_\_\_\_

A Instituição de Ensino \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_ (endereço completo) \_\_\_\_\_, através do seu representante legal \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, entrega a título de contrapartida conforme o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES constante no Processo SEI nº. \_\_\_\_\_, sem qualquer ônus para os cofres públicos, o(s) item(s) abaixo:

Qtde.	Descrição do Bem	Nota Fiscal	Valor Total do Bem

São Paulo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome do Diretor e assinatura)

**APÊNDICE VII**

**DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE CONTRAPARTIDA**

O titular da unidade gestora \_\_\_\_\_ Sr.(a) \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_ declara que a Instituição \_\_\_\_\_ no exercício de \_\_\_\_\_ cumpriu a contrapartida prevista no Apêndice III - Plano de Contrapartida nº \_\_\_\_\_ anexo ao Contrato de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES constante no Processo SEI nº \_\_\_\_\_, que durante este período não ocorreu nada que a desabone, sendo favorável a concessão de novos campos para o exercício seguinte.

---

Titular da Unidade Gestora

(Assinatura e carimbo)

**APÊNDICE VIII**

**AValiação DO CAMPO DE ESTÁGIO PELA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO (IE):</b>					
<b>CURSO:</b>				<b>NOME SUPERVISOR:</b>	
<b>CAMPO DE ESTÁGIO:</b>					
<b>SETOR DE ESTÁGIO:</b>				<b>PERÍODO AVALIADO:</b>	
<b>1. Avaliação do campo de estágio pelos Alunos</b>					
<b>ITEM</b>	<b>OTIMO(4)</b>	<b>BOM(3)</b>	<b>REGULAR(2)</b>	<b>FRACO(1)</b>	<b>TOTAL</b>
1.1 – O campo de estágio oferece espaço físico e equipamentos necessários ao desenvolvimento da aprendizagem.					
1.2 – O campo de estágio proporciona ao estagiário novas experiências e novos métodos de trabalho para o seu aperfeiçoamento técnico-profissional.					
1.3 – O estagiário recebeu orientações de um profissional da instituição cuja formação esteja relacionada à área do curso que ele realiza.					
1.4 – O campo de estágio permitiu experiência prática de trabalho, com envolvimento do estagiário em situações relacionadas ao dia-a-dia da instituição.					
1.5 – O campo de estágio permitiu ampliar o relacionamento interpessoal, fazendo-o perceber a importância do trabalho em equipe.					
1.6 – O campo de estágio permitiu ao estagiário ampliar conhecimento e aprendizagem quanto à organização e funcionamento da instituição.					
1.7 – O campo de estágio permitiu conhecer a filosofia, diretrizes e organização do SUS, transmitindo experiências úteis para o exercício profissional futuro.					
1.8 – O campo de estágio favoreceu aplicação dos conhecimentos acadêmicos.					
<b>TOTAL</b>					
<b>2. Avaliação do campo de estágio pelo Supervisor da IE</b>					
<b>ITEM</b>	<b>OTIMO(4)</b>	<b>BOM(3)</b>	<b>REGULAR(2)</b>	<b>FRACO(1)</b>	<b>TOTAL</b>
2.1 – O campo de estágio favoreceu a integração da IE às atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde					
2.2 – O campo de estágio oferece espaço físico e equipamentos necessários ao desenvolvimento da aprendizagem.					
2.3 – O campo de estágio favoreceu aplicação dos conhecimentos acadêmicos.					
2.4 – O campo de estágio permitiu conhecer a filosofia, diretrizes e organização do SUS.					
2.5 – O Supervisor da IE recebeu orientações sobre normas e rotinas pela gerência da instituição ou pelo responsável pelo estágio na Unidade de Saúde cedente.					
<b>TOTAL</b>					
<b>ASSINATURA DO SUPERVISOR</b>				<b>DATA</b>	

APÊNDICE IX

AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PELO CAMPO DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO (IE):					
CURSO:			SUPERVISOR:		
CAMPO DE ESTÁGIO:					
SETOR DE ESTÁGIO:			PERÍODO AVALIADO:		
ITEM	OTIMO(4)	BOM(3)	REGULAR(2)	FRACO(1)	TOTAL
1.1 – O Supervisor da IE está presente durante todo o período do estágio.					
1.2 – O Supervisor da IE propicia e fomenta a integração do estágio às atividades rotineiras da Unidade de Saúde.					
1.3 – O Supervisor da IE estimula a troca de experiências entre alunos e profissionais da Unidade de Saúde.					
1.4 – O grupo de alunos da IE é frequente e pontual.					
1.5 – O grupo de alunos da IE mantém postura ética e relacionamento adequado com a equipe profissionais da Unidade de Saúde.					
1.6 – O Supervisor e o grupo de alunos da IE propôs a aplicação dos conhecimentos acadêmicos, por meio de atividades no campo, para agregar qualidade ao serviço.					
<b>TOTAL</b>					
Assinatura do Responsável pela Unidade ou pelos Estágios Obrigatórios na Unidade de Saúde.				DATA:	